کیمیایی، سید علی؛ محرابی، حسین؛ میرزایی، زهرا (۱۳۸۹). مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر شهر مشهد. *مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۱۱ (۱)، ۲۷۸-۲۶۱.

مقایسهٔ وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر شهر مشهد

سیدعلی کیمیایی[۱]- حسین محرابی[۲]- زهرا میرزائی[۳]

تاریخ دریافت: ۸۸/۷/۱۱ تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۸

چکیده

هدف مطالعهٔ حاضر، مقایسهٔ وضعیت سلامت روان والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر و ابعاد مختلف آن شامل افسردگی، اضطراب، شکایت‌های جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی می‌باشد. پژوهش حاضر، یک مطالعهٔ پیمایشی بر روی ۱۹۱ پدر و مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر (۱۱۴= مادر و ۷۷= پدر) است که فرزندان آن‌ها در ۲۸ مدرسهٔ استثنایی شهر مشهد در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری، روش خوشه‌ای ـ تصادفی چند مرحله‌ای بود. پس از نمونه‌گیری، وضعیت سلامت روان آن‌ها به‌کمک پرسشنامهٔ سلامت عمومی[۴] مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخصات دموگرافیک آن‌ها نیز به کمک پرسشنامهٔ محقق‌ساخته گردآوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون t مستقل و آزمون غیرپارامتریک یومن‌ـ ویتنی به‌منظور مقایسهٔ میانگین در دو گروه استفاده شد. از ۱۹۱ پدر و مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی این مطالعه، تعداد مادران ۱۱۴ نفر (۵۹/۶٪) با میانگین سنی ۳۸ و با دامنهٔ سنی ۲۵-۵۸ سال و ۶۲/۲٪ آن‌ها بی‌سواد یا دارای سواد ابتدایی بودند و پدران ۷۷ نفر (۴۰/۳٪) با میانگین سنی ۴۱ سال و دامنهٔ سنی ۲۸-۶۰ سال و ۴۲/۸٪ بی‌سواد یا دارای سواد ابتدایی بودند. با توجه به نمرهٔ میانگین سلامت روان برای کل والدین ($\overline{X}$ =۲۹/۴ با SD=۱۱/۷)، تمام آن‌ها در سلامت روان مشکلات جدی داشتند؛ ولی تفاوت معناداری بین پدران و مادران این کودکان به‌لحاظ میزان اختلال در سلامت روان وجود نداشت و هر دو گروه به یک میزان از مشکلات سلامت روان رنج می‌برند (p< ۰/۰۵). همچنین، بین شکایت‌های جسمانی آن‌ها نیز تفاوت

1- استادیار دانشگاه فردوسی مشهد - Kimiaee@um.ac.ir

2- کارشناس ارشد دانشگاه پیام نور

3- کارشناس آموزش ابتدائی آموزش و پرورش تبادکان مشهد

4. General Health Questionner-28

معناداری وجود نداشت ($p<0/05$)، اما بین اضطراب و افسردگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تفاوت معنادار بود و مادران سطح اضطراب و افسردگی بیشتری در مقایسه با پدران داشتند ($p>0/05$). اما بین شدت اختلال در عملکرد اجتماعی پدران و مادران تفاوت معناداری وجود نداشت ($p<0/05$).

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، پدران و مادران، کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر.

مقدمه

امروزه یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه‌یافتگی در تمام کشورها، سطح بهداشت و سلامت جامعه است. سازمان بهداشت جهانی[1]، بهداشت روانی[2] را در درون مفهوم کلی بهداشت جای داده و آن‌را حالت سلامتی[3] کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه‌تنها «عدم وجود بیماری» تعریف کرده (منشئی، ۱۳۷۲) و فرهنگ بزرگ لاروس نیز بهداشت روانی را «استعداد روان برای کار کردن مؤثر، هماهنگ و خوشایند، انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های دشوار و توانایی حفظ تعادل خود» تعریف می‌کند (گنجی، ۱۳۸۰).

اصولاً بهداشت روانی یکی از بحث‌های مهم حوزهٔ مشاوره و روان‌شناسی است که مکاتب و دیدگاه‌های مختلف، تعاریف و رویکردهای گوناگونی نسبت به آن اتخاذ نموده‌اند. رویکرد زیست‌گرایی، سلامت روان را بر اساس مبانی پزشکی تبیین می‌نماید؛ در حالی‌که مکتب روان‌کاوی، سلامت روان را توانمندی «خود» در برقراری تعادل میان «نهاد» و «فراخود» می‌داند. مکتب رفتارگرایی آن‌را وابسته به محرک‌ها و محیط دانسته و انسان‌گرایان نیز در بحث سلامت روان بر رشد فرد جهت رسیدن به خودشکوفایی تأکید می‌کنند (ملک‌پور، ۱۳۷۵).

واقعیت این است که هر کودکی در خانواده به دنیا می‌آید و در میان اعضای خانواده رشد کرده و توانمند می‌شود؛ از این‌رو، روشن است که زندگی اجتماعی و عاطفی آن‌ها با اعضای خانواده شروع خواهد شد (فیلدر[4]، ۱۹۹۴). خانواده کوچک‌ترین سلول اجتماعی است که از مناسبات قانونی، عرفی، اجتماعی، اخلاقی، جسمی و عاطفی زن و مرد تشکیل شده است.

کریستنسن[5] (۲۰۰۴) معتقد است که خانواده می‌تواند به خوبی بازتاب فرهنگی هزاران ساله‌ای باشد که برای ارتقاء بهداشت، سلامت روان و رشد روان‌شناختی اعضاء و کاهش رفتارهای پرخطر آن‌ها

1. world health organization
2. mental health
3. well-being
4. Fielder
5. Christensen

تلاش کرده است. همچنین، خانواده می‌تواند حامی رشد اعضاء، مدیریت بهداشت و بازی‌گردان ارتقاء سلامت روان آن‌ها بوده و نقش اساسی بازی کند.

اما واقعیت این است که هیچ پدر و مادری دوست ندارند فرزند کم‌توان ذهنی به دنیا آورند، ولی وقتی این اتفاق افتاد، والدین نیازمند ساخت‌زدایی زندگی‌شان در این مورد هستند که چگونه می‌توانند نیازهای فرزندان‌شان را برآورده نمایند. همچنین، آن‌ها نیازمند درک این واقعیت هستند که دارای یک کودک کم‌توان ذهنی هستند؛ در حالی‌که فرزندشان نیازمند دوست داشته شدن، درمان و آموزش مناسب همچون سایر کودکان است (فرناندز[1]، ۱۹۹۷).

وقتی والدین یک کودک کم‌توان ذهنی را به دنیا می‌آورند کارکردهای روان‌شناختی خانواده به‌هم می‌خورد که در سطح کلان، سلامت روان، پویایی و هدفمندی خانواده را تحت الشعاع قرار داده و در سطح خُرد نیز مهم‌ترین کارکردهای روان‌شناختی خانواده را همچون ابراز کردن، حل تعارض، استقلال، پیشرفت، تفریح و سرگرمی، ارزش‌های اخلاقی و مذهبی، ساختار و سازمان، رفت و آمد با اطرافیان، اتحاد، کنترل و حل مسئله تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (اُلیری و همکاران[2]، ۲۰۰۱؛ به‌نقل از کیمیائی، ۱۳۸۷).

وقتی والدین متوجه می‌شوند چنین فرزندی دارند، اولین واکنش عاطفی آن‌ها شوک و انکار است و مدتی طول می‌کشد تا به لحاظ عاطفی و جسمانی خود را والدین چنین کودکی بدانند. هاجان و موریس[3] (۲۰۰۷) معتقدند که کودکان کم‌توان ذهنی بهترین زندگی را در خانهٔ خودشان دارند، اما برخی از خانواده‌ها نمی‌توانند مراقبت کافی برای آن‌ها، به‌خصوص آن‌هایی که کم‌توانی شدید یا ترکیبی دارند، فراهم نمایند.

از آنجا که سطوح مختلفی از کم‌توانی ذهنی وجود دارد، والدین باید از میزان کم‌توانی فرزند خود آگاه شوند؛ زیرا شدت کم‌توانی میزان رشد ذهنی را پیش‌بینی می‌کند. برای مثال؛ وقتی یک کودک کم‌توان ذهنی شش سال سن دارد و بهرهٔ هوشی او ۵۰ است، او دارای سن عقلی سه سال می‌باشد. در حالی‌که یک کودک کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ممکن است تا ۱۲ سالگی بتواند اولین سطوح تحصیلی را طی کند. به‌خصوص که این کودکان محدودیت‌های زیادی در استفاده از علائم یا موضوعات انتزاعی و مفاهیم دارند (کوپر[4]، ۱۹۸۱). باید در نظر داشت که در حوزهٔ آموزش ویژه، عقب‌ماندگی یا

1. Fernandes
2. Oleary & et al.
3. Huijun & Morris
4. Cooper

کم‌توانی ذهنی آموزش‌پذیر به دانش‌آموزانی اشاره دارد که بهرهٔ هوشی آن‌ها بین ۸۰-۵۰ است و آن‌ها می‌توانند به لحاظ تحصیلی تا سطح ابتدایی پیشرفت نمایند (اسمیت[۱]، ۱۹۹۸).

فاست و سسیور[۲] (۲۰۰۸) معتقدند که کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با همسالان عادی خود در خطر افزایش مشکلات سلامت روان هستند. به‌علاوه، شماری از متخصصان، کتاب‌ها و مقالاتی در مورد دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی و دست‌اندرکاران این حوزه منتشر ساخته‌اند؛ اما در مورد والدینِ این کودکان اطلاعات کمی وجود دارد. در حالی‌که والدین این کودکان دغدغه‌های زیادی در مورد این موضوع دارند و اکثراً می‌خواهند بدانند که کم‌توانی ذهنی چیست؟ با این همه، سه درصد کل جمعیت دچار این نوع معلولیت هستند (بلودجت[۳]، ۱۹۷۱).

شماری از تحقیقات نشان می‌دهد که علاوه بر مشکلات متعددی که به کم‌توانی ذهنی منتهی می‌شود، ارزیابی و مدیریت نادرست والدین می‌تواند در افزایش مشکلات رفتاری این کودکان تعیین‌کننده باشد. در حقیقت، شماری از کارهای اخیر پیرامون افزایش میزان امر و نهی و کنترل مادرانه همچون فرضیهٔ امر و نهی هدفمند (ماهونی و همکاران[۴]، ۱۹۹۰) و فرضیهٔ حمایت‌گری افراطی (مارفو[۵]، ۱۹۸۴؛ باراک و همکاران[۶]، ۱۹۹۸)، نشان می‌دهد که ادراک والدین و انتظارات آن‌ها تأثیری قوی بر شیوهٔ تعامل والدین و سبک والدینی آن‌ها دارد (کازاکرا و لارکان[۷]، ۲۰۰۸).

واقعیت‌های ادبیات تحقیقی بیان‌گر استعداد فزایندهٔ والدینِ دارای فرزند کم‌توان ذهنی به‌شماری از مشکلات سلامتی همچون مشکلات سلامت روان است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تمام والدینِ دارای کودک کم‌توان ذهنی دارای مشکلات روان‌پزشکی هستند که این خود به درک و توانایی آن‌ها برای حمایت از فرزند کم‌توانشان مفید است. والدین این کودکان پیامدهای منفی گستردهٔ مشکلات سلامت روانی را از ابتدای تولد فرزندشان توصیف و گزارش نموده‌اند. بسیاری از آن‌ها در احساس شدید غم و اندوه عودکننده و احساس یأس و ناامیدی از گذشتهٔ دور درگیر بوده‌اند. همچنین، والدین این کودکان سردرگمی، فقدان و مشقّت زیادی را تجربه می‌کنند (فاست و سیسور، ۲۰۰۸).

1. Smith
2. Faust & Scior
3. Blodgett
4. Mahoney & et al.
5. Marfo
6. Burack & et al.
7. Cuzzocra & Larcan

خانواده‌های کودکانِ کم‌توان ذهنی مشکلات مالی، کاهش میزان آرامش خاطر و آسودگی معمول خانوادگی و تعامل اجتماعی ضعیف فاحشی داشته و این موضوع تأثیر بیمارگونه‌ای بر جسم و سلامت روان اعضای خانواده بر جای می‌گذارد. والدین این کودکان به‌لحاظ سطح تحصیلی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین‌تر، نمرات نوروزگرایی به‌طور معنی‌داری بالاتر داشته و سازگاری زناشویی آن‌ها نیز کمتر است (سینقی و همکاران[1]، ۱۹۹۰).

والدین کودکان کم‌توان ذهنی تعارض بیشتری با فرزندان‌شان داشته، تعامل مثبت کمتری با آن‌ها دارند (استونمن و همکاران[2]، ۱۹۸۸) و مشکلات رفتاری بیشتری هم نشان می‌دهند (گس و گوینلی[3]، ۱۹۸۷). نتایج تحقیقات اخیر (کریستنسن[4]، ۲۰۰۴) نشان می‌دهد که والدین کودکان کم‌توان ذهنی مشکلات مراقبتی بیشتری حتی با فرزندان سالم خود دارند و به‌طبع آن، خواهر و برادران آن‌ها هم مشکلات زیادی در تعامل و ارتباط با سایر اعضاء به‌خصوص با پدران‌شان و همچنین، با همسالان و معلمان‌شان دارند.

زمانی که خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی با خانواده‌های عادی مقایسه می‌شوند، نه‌تنها پدران و مادران چنین فرزندانی از سلامت روان کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند، بلکه آن‌ها به‌طور معنی‌داری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن‌ها نیز در مقایسه با گروه عادی، مختل است (محرابی، ۱۳۸۶). برخی تحقیقات (کارخام[5]، ۱۹۹۳) نیز حاکی از تجربهٔ بیشتر اضطراب، استرس، افسردگی، اتحاد خانوادگی کمتر، فشار مالی و انزوای اجتماعی در خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان ذهنی در مقایسه با خانواده‌های عادی است. به‌علاوه، پژوهش‌ها پیرامون عواطف و استرس مربوط به داشتن فرزند کم‌توان ذهنی این فرض را تأیید می‌کند که نگرش این والدین به دنیا، مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت روان آن‌ها، اتحاد خانوادگی، تعامل والد- فرزند و نهایتاً بر رفتار و رشد کودک اثر می‌گذارد (جانوف- بالمن[6]، ۱۹۹۲).

والدین جوان‌تر با تولد فرزند کم‌توان ذهنی آسیب بیشتری می‌بینند. تولد این‌گونه فرزندان بر فضای ارتباطی خانواده تأثیر منفی داشته و آن‌ها او را موجب سردی محیط خانواده و زمینه‌ساز بروز اختلالات نهفته دانسته که اوقات فراغت را نیز محدود می‌نماید. پژوهش البرزی و بشاش (۱۳۷۵) در مورد تأثیر

1. Singhi & et al.
2. Stoneman & et al.
3. Gath & Guinely
4. Christensen
5. Kirkham
6. Janoff - Bulman

تولد کودک کم‌توان ذهنی بر خانواده بیان‌گر این است که والدین آن‌ها احساس خجالت داشته و با شدت عقب‌ماندگی این احساس شدیدتر شده، مشکلات زناشویی، طلاق و افسردگی والدین هم شدت می‌یابد. پژوهش چاوشی (۱۳۶۷) هم بیان‌گر سلامت روان ضعیف و سازگاری اجتماعی کمتر این والدین بوده و آن‌ها در سازگار نمودن خود با شرایط فرزند تجارب تلخی دارند. حتی مادران این کودکان از عزت‌نفس کمتری برخوردارند (احدی، ۱۳۷۰).

پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی واکنش‌های متفاوتی به این موضوع دارند. یافته‌های کازاکرا و لارکان (۲۰۰۸) نشان داد که پدران احساس افتخار کمتری دارند؛ زیرا آرزوهای خود را بر باد رفته می‌بیند و به‌طبع آن، نقش مشارکتی کمتری در رشد فرزندان کم‌توان ذهنی خود دارند. درگیری‌های شغلی پدران در این خانواده‌ها مانع می‌شود که آن‌ها به این باور که به حمایت و حضور آن‌ها نیاز است، برسند. اما در مقایسهٔ نگرش پدران و مادران نسبت به این کودکان، پدران نگرش مثبت‌تری به این فرزندان دارند (حناآبادی، ۱۳۷۰) و گرچه وجود این کودکان موجب کاهش درآمد پدر می‌شود، ولی سلامت روان پدر در مقایسه با مادر کمتر به مخاطره می‌افتد (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۰). اما مادران کودکان کم‌توان ذهنی دچار اختلالات روانی و احساسات منفی همچون احساس گناه و افسردگی بیشتری شده و تمایل به طرد کودک دارند (چاوشی، ۱۳۶۷) و با افزایش کم‌توانی، سلامت مادر لطمه بیشتری می‌بیند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۰)؛ زیرا این مادر است که نقش مراقبتی بیشتری بر عهده دارد.

خواهران و برادران این کودکان هم نیازمند حمایت عاطفی و در بسیاری از مواقع نیازمند مشاوره و خدمات روان‌شناختی می‌باشند. همزادان کودکان کم‌توان ذهنی، فرزندان فراموش شده‌ای هستند که مجبورند مسئولیت مراقبت و نگه‌داری از برادر یا خواهر کم‌توان خود را بر عهده بگیرند (لیندزی و استوارت[1]، ۱۹۸۹). مراقبت و سرپرستی برادر یا خواهر کم‌توان با احساسات منفی همچون احساس گناه و خشم همراه است (راو و اِلام[2]، ۱۹۸۷؛ اندرسون[3]، ۱۹۸۸).

سرانجام، با توجه به این‌که این والدین هستند که نقش مراقبتی، امنیتی، کنترلی و رشدی فرزندان را بر عهده دارند و اثرات پایداری قبل از ورود کودک به مدرسه دارند، آن‌ها در بهترین شرایط می‌توانند کمک‌های مطمئنی به اعضای خانواده برای سازگاری پیش‌گیرانه و رشد استعدادهای کودکان به‌عنوان

1. Lindsey & Stwart
2. Row & Elam
3. Anderson

ارتقاء دهندهٔ سلامت روان بنمایند. این امر وقتی امکان‌پذیر است که ما درک و فهم دقیقی از تجاربی که خانواده‌های دارای کودک کم‌توان ذهنی و مشکلات سلامت روانی اعضای خانواده به‌خصوص پدران و مادران این کودکان با آن دست به گریبان هستند، به‌دست آوریم. بنابراین، توجه به والدین کودکان کم‌توان ذهنی، شناخت مشکلات سلامت روان آن‌ها و حتی آموزش برنامه‌های بهداشت روانی بسیار حایز اهمیت است. پژوهش حاضر نیز به‌دنبال روشن‌سازی این واقعیت است که آیا وجود این چنین کودکی سلامت روان پدر را بیشتر به مخاطره می‌اندازد یا سلامت روان مادر و یا هر دو را؟

فرضیه‌های پژوهش

۱) بین سلامت روان پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.

۲) بین شکایت‌های جسمانی پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.

۳) بین اضطراب و افسردگی پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.

۴) بین اختلال در عملکرد اجتماعی پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تفاوت معناداری وجود دارد.

روش پژوهش

با توجه به‌عنوان، اهداف و ماهیت پژوهش و بررسی تحقیقات انجام شده، در پژوهش حاضر از روش پیمایشی یا زمینه‌یابی استفاده شد. پژوهش پیمایشی برای بررسی توزیع ویژگی‌های یک جامعه آماری به‌کار می‌رود. این نوع تحقیق می‌تواند برای پاسخ به سؤال‌های پژوهشی همچون، ماهیت شرایط موجود چگونه است؟، چه رابطه‌ای میان رویدادها وجود دارد؟ و وضعیت موجود چگونه است؟ به‌کار رود. تحقیق پیمایشی را برحسب حجم جامعهٔ مورد مطالعه می‌توان به پژوهش پیمایشی در مقیاس بزرگ یا کوچک نام نهاد (سرمد و همکاران، ۱۳۸۰).

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمام والدین کودکان کم‌توان ذهنی هستند که فرزندان آن‌ها در سال تحصیلی ۸۸–۱۳۸۷ در مدارس آموزش و پرورش استثنایی شهر مشهد مشغول به تحصیل بودند. تعداد کل این دانش‌آموزان ۲۸۰۰ نفر بود که در ۲۸ مدرسه استثنایی مشغول به تحصیل بودند. لازم به ذکر است که تعداد کل دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر در خراسان رضوی ۵۸۰۰ نفر است که

در ۱۱۴ مدرسه تحت پوشش سازمان آموزش و پرورش استثنایی مشغول به تحصیل هستند که از این تعداد، ۲۸۰۰ نفر آن‌ها در ۲۸ مدرسه استثنایی در شهر مشهد مشغول به تحصیل هستند که تقریباً معادل نیمی از این دانش‌آموزان است.

روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر، روش خوشه‌ای- تصادفی چند مرحله‌ای است به این صورت که ابتدا از بین ۲۸ مدرسه تعداد ۸ مدرسه به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و سپس از هر مدرسه ۲ کلاس به‌صورت تصادفی انتخاب شد و آن‌گاه پرسشنامهٔ سلامت روان[1] بین والدین ۲۱۰ دانش‌آموز کم‌توان ذهنی این کلاس‌ها توزیع شد که در پایان از بین پرسشنامهٔ توزیع شده، ۱۹۱ پرسشنامه قابل ارزیابی به‌دست آمد (مادران ۱۱۴ نفر و پدران ۷۷ نفر).

روش تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر با توجه به فرضیه‌های پژوهش از آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد و برای تحلیل یافته‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنف جهت بررسی آزمون بهنجاری و آزمون t برای گروه‌های مستقل (independent T-Test) و آزمون غیرپارامتریک یومن- ویتنی به‌منظور مقایسهٔ میانگین‌ها در گروه‌ها استفاده شد. تمام محاسبات با نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامهٔ سلامت روان: این آزمون شناخته شده‌ترین آزمون غربال‌گری سلامت روان است که تاکنون در روان‌پزشکی مورد استفاده قرار گرفته است (دستجردی، ۱۳۷۷). این پرسشنامه توسط گلدنبرگ و گلدنبرگ[2] (۱۹۹۱) ساخته شده است. فرم اولیهٔ پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال بوده است که بعداً به‌منظور افزایش واریانس فرم ۲۸ سؤالی آن ساخته شد. نتایج چندین مطالعه (میرخشتی، ۱۳۷۹) دلالت بر وجود همبستگی قوی بین نتایج حاصل از فرم ۲۸ و ۶۰ ماده‌ای سلامت عمومی در تشخیص اختلال‌های روان‌شناختی دارد.

سؤالات در یک طیف چهار درجه‌ای (اصلاً، در حد معمول، بیشتر از حد معمول، همیشه) به روش لیکرت درجه‌بندی شده است که سؤال‌ها از راست به چپ از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. در کل نمرات پایین نشان‌دهندهٔ سلامت روان و نمرات بالا حاکی از فقدان سلامت روانی است. پرسشنامهٔ سلامت روان دارای چهار خرده مقیاس شامل این موارد است: (الف) علائم جسمانی که ۷ ماده را به خود اختصاص

1. General health questioner-28
2. Goldenberg & Goldenberg

داده است و احساس ضعف و سستی، نیاز به داروهای تقویتی و احساس داغی یا سردی در بدن را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ (ب) علائم اضطراب که ۷ ماده را شامل اضطراب، بی‌خوابی، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ (ج) عملکرد اجتماعی، ۷ ماده شامل توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره را بررسی می‌نماید؛ و (د) علائم افسردگی که ۷ ماده شامل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، بی‌ارزشی زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها را بررسی می‌نماید. نقطه برش در این پرسشنامه نمرهٔ ۲۳ در نظر گرفته می‌شود.

میرخشتی (۱۳۷۵) آلفای ۰/۹۳ را برای پایایی GHQ به‌دست آورد و دستجردی (۱۳۷۷) طی پژوهشی روی دانشجویان مراکز تربیت معلم ضریب پایایی و ضریب همبستگی را برای کل آزمون و تک‌تک خرده مقیاس‌ها ۰/۸۴ گزارش نموده است. البرزی به‌نقل از چانگ و اسپیرز[1] (۱۹۹۴)، ضریب آلفا برای کل مقیاس را برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است. پژوهش‌گر نیز در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ را برای کل آزمون به‌دست آورد. ضمناً به کمک پرسشنامهٔ محقق ساخته، اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها گردآوری شد.

یافته‌های پژوهش

از بین ۲۱۰ پدر و مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر که در این پژوهش شرکت داشتند تعداد ۱۹۱ نفر آزمون سلامت روان را تکمیل نمودند که از این تعداد ۷۷ نفر (۴۰/۳٪) پدر و ۱۱۴ نفر (۵۹/۶٪) مادر بوده‌اند.

میانگین سنی مادران ۳۸ سال، میانگین سنی پدران ۴۱ سال و میانگین سنی کل نمونه ۳۹ سال بود، حداقل سن مادران ۲۸ و حداکثر ۶۰ سال و حداقل سن پدران ۲۵ و حداکثر ۵۸ سال بود.

همچنین، ۶۲/۲ درصد مادران تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد و ۵/۲ درصد آن‌ها لیسانس و ۴۲/۸ درصد پدران به‌لحاظ تحصیلی ابتدایی و بی‌سواد و ۵/۱ درصد آن‌ها لیسانس بوده‌اند.

جدول شمارهٔ ۱ مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در این مطالعه را نشان می‌دهد.

1. Chuong & Spires

جدول۱ـ مشخصات دموگرافیک والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر (تعداد=۱۹۱)

مشخصات		فراوانی	درصد
وضعیت جنسیت			
	پدران	۷۷	۴۰/۳
	مادران	۱۱۴	۵۹/۶
سطح تحصیلات			
بی‌سواد یا ابتدایی	مادران	۷۱	۶۲/۲
	پدران	۳۳	۴۲/۸
سیکل تا دیپلم	مادران	۳۵	۳۰/۷
	پدران	۳۴	۴۴/۱
فوق دیپلم یا بالاتر	مادران	۸	۷
	پدران	۶	۷/۷
سن			
زیر ۳۰ سال	مادران	۱۶	۱۴
	پدران	۵	۶/۴
۳۰ تا ۳۹ سال	مادران	۴۸	۴۲/۱
	پدران	۲۶	۳۳/۷
بالاتر از ۴۰ سال	مادران	۵۰	۴۳/۸
	پدران	۴۶	۵۹/۷
۳۸= $\overline{X}$ سن مادران	۴۱= $\overline{X}$ سن پدران	۳۹= $\overline{X}$ سن هر دو	

از آنجا که نقطهٔ برش در آزمون سلامت روان نمرهٔ ۲۳ است، نمرات بالاتر از این بیان‌گر اختلال در سلامت روان افراد است و با توجه به این‌که میانگین نمرهٔ آزمون سلامت روان والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی در پژوهش حاضر ($\overline{X}$=۲۹/۴ با SD=۱۱/۷) است، می‌توان نتیجه گرفت که این والدین در سلامت روان دارای مشکل جدی هستند.

اما برای روشن شدن این واقعیت که وقتی پدر و مادری فرزند کم‌توان ذهنی دارند، سلامت روان کدام یک آسیب جدی‌تری می‌بینند، از آزمون t مستقل استفاده شد. یافته‌های جدول شمارهٔ ۲ نشان می‌دهد که با توجه به نمرهٔ t=۱/۹۶۷ به‌دست آمده در سطح معناداری p<۰/۰۵، با اطمینان ۹۵ درصد بین سلامت روان پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی تفاوت معناداری وجود ندارد. گرچه میانگین

سلامت روان مادران ($\overline{X}$=۳۰/۸ با SD=۱۱/۶) و میانگین سلامت روان پدران ($\overline{X}$=۲۴/۴ با SD=۱۱/۶) است، ولی این تفاوت در کل به‌لحاظ آماری معناداری نیست.

جدول ۲ـ شاخص‌های آزمون t مستقل مربوط به مقایسهٔ میانگین سلامت روان پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

سلامت روان (GHQ) والدین فرزندان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر	**آزمون برابری واریانس‌ها (تست لون) (فیشر)**		**آزمون برابری میانگین‌ها (t-test)**						
	آماره آزمون فیشر (F)	مقدار احتمال	آماره آزمون t	درجهٔ آزادی	مقدار احتمال	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار تفاوت میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت میانگین‌ها: حد پایین	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت میانگین‌ها: حد بالا
با فرض برابری واریانس‌ها	۰/۰۵۹	۰/۸۰۸	۱/۹۶۷	۱۸۹/۰۰۰	۰/۰۵۱	۳/۳۷۰	۱/۷۱۳	-۰/۰۱۰	۶/۷۵۰
با فرض نابرابری واریانس‌ها			۱/۹۶۶	۱۶۳/۱۹۱	۰/۰۵۱	۳/۳۷۰	۱/۷۱۴	-۰/۰۱۴	۶/۷۵۳

با توجه به این‌که مقدار احتمال بیشتر از (p<۰/۰۵) می‌باشد، فرض برابری واریانس‌ها رد نمی‌شود. بنابراین، آمارهٔ آزمون t برابر است با ۱/۹۶۷. از این‌رو، با توجه به مقدار احتمال می‌توان نتیجه گرفت که بین سلامت روان پدران کودکان عقب‌مانده ذهنی و سلامت روان مادران آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳ـ شاخص‌های آزمون t مستقل مربوط به مقایسهٔ میانگین شکایت‌های جسمانی پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

شکایت‌های جسمانی والدین فرزندان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر	**آزمون برابری واریانس‌ها (تست لون)(فیشر)**		**آزمون برابری میانگین‌ها (t-test)**						
	آماره آزمون فیشر (F)	مقدار احتمال	آماره آزمون t	درجهٔ آزادی	مقدار احتمال	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار تفاوت میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت میانگین‌ها: حد پایین	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت میانگین‌ها: حد بالا
با فرض برابری واریانس‌ها	۰/۴۱۳	۰/۵۲۱	۰/۲۰۱	۱۸۹/۰۰۰	۰/۸۴۱	۰/۱۱۶	۰/۵۷۷	-۱/۰۲۲	۱/۲۵۳
با فرض نابرابری واریانس‌ها			۰/۲۰۰	۱۶۰/۵۹۱	۰/۸۴۲	۰/۱۱۶	۰/۵۷۹	-۱/۰۲۸	۱/۲۶۰

یافته‌ها درخصوص شکایت‌های جسمانی آزمون سلامت روان (GHQ) در جدول شمارهٔ ۳ نشان می‌دهد که با توجه به نمرهٔ $t=۰/۲۰۱$ به دست آمده در سطح معناداری $p<۰/۰۵$، با اطمینان ۹۵ درصد بین شکایت‌های جسمانی پدران و مادران این کودکان تفاوت معناداری وجود ندارد.

به‌منظور آزمون فرض وجود تفاوت معنادار بین اضطراب، افسردگی و عملکرد اجتماعی پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر از آزمون غیرپارامتریک یومن-ویتنی استفاده شد که با توجه به نمرهٔ به‌دست آمده ۳/۵۳۲ در سطح معناداری $p>۰/۰۵$، با اطمینان ۹۵ درصد بین اضطراب پدران و مادران تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، بین افسردگی پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی با توجه به نمرهٔ به‌دست آمده ۳/۶۰۶ در سطح معناداری $p>۰/۰۵$ و با اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری وجود دارد. اما در خصوص اختلال در عملکرد اجتماعی با توجه به نمرهٔ به‌دست آمده ۴/۰۹۵ در سطح معناداری $p<۰/۰۵$ و با اطمینان ۹۵ درصد بین اختلال در عملکرد اجتماعی پدران و مادران این کودکان تفاوت معناداری وجود ندارد که تمام این یافته‌ها در جدول شمارهٔ ۴ آمده است.

جدول۴ـ شاخص‌های آزمون یومن-ویتنی برای مقایس میانگین در سه بُعد اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

	گروه والدین	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مجموع رتبه‌ها	آمارهٔ یومن-ویتنی	آمارهٔ دبلیو ویلکاکسون	Z	مقدار احتمال	نتیجه
اضطراب والدین کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر	مادران	۱۱۴	۱۰۳/۵۲۰	۱۱/۸۰۱/۵۰۰	۳/۵۳۲	۶/۵۳۴	-۲/۳۰۱	۰/۰۲۱	$p>۰/۰۵$
	پدران	۷۷	۸۴/۸۶۰	۶/۵۳۴/۵۰۰					
اختلال در عملکرد اجتماعی والدین کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر	مادران	۱۱۴	۹۸/۵۸۰	۱۱/۲۳۸/۰۰۰	۴/۰۹۵	۷/۰۹۸	-۰/۷۸۷	۰/۴۳۱	$p<۰/۰۵$
	پدران	۷۷	۹۲/۱۸۰	۷/۰۹۸/۰۰۰					
افسردگی والدین کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر	مادران	۱۱۴	۱۰۲/۸۷۰	۱۱/۷۲۷/۰۰۰	۳/۶۰۶	۶/۶۰۹	-۲/۰۹۴	۰/۰۳۶	$p>۰/۰۵$
	پدران	۷۷	۸۵/۸۳۰	۶/۶۰۹/۰۰۰					

بحث و نتیجه‌گیری

واقعیت این است که هیچ پدر و مادری دوست ندارد که فرزند کم‌توان ذهنی به دنیا آورد (فرنانـدز، ۱۹۹۷). اما وقتی این اتفاق افتاد، اولین واکنش عاطفی آن‌ها شوک و انکار است و مدتی طول می‌کشد تا برای والدین چنین کودکی بودن، آماده شوند؛ زیرا این کودکان نسبت به سایر کودکان مشکلات رفتاری بیشتری همچون رفتارهای تکانشی، کج خلقی و پرخاشگری فیزیکی (هاجان و موریس، ۲۰۰۷)، و مشکلات سلامت روان بیشتری دارند (فاست و سیسور، ۲۰۰۸).

چنین شرایطی سبب شده است تا تمام والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی دارای مشکلات روان‌پزشکی باشند. مطالعهٔ حاضر نشان می‌دهد که متأسفانه تقریباً نیمی از والدین این کودکان به‌لحاظ تحصیلی بی‌سواد یا در حد تحصیلات ابتدایی هستند. وقتی سطح تحصیلات پایین است، مسلماً شغل پردرآمدی هم در انتظار خانواده نخواهد بود و سطح اقتصادی- اجتماعی خانواده پایین‌تر و به‌طبع آن، دستیابی به امکانات علمی، تخصصی و سطوح بالای نیازهای رشدی و عاطفی امکان‌پذیر نخواهد بود. به‌لحاظ سنی تقریباً نیمی از پدران و مادران این افراد بالای ۴۰ سال سن دارند که این وضعیت سبب می‌شود که آن‌ها مهارت، آمادگی، آگاهی و توانایی کافی برای مدیریت این چنین شرایطی نداشته باشند. در شرایطی که والدین دانش کافی ندارند بیش از پیش در معرض کاهش سلامت جسمی و روانی قرار می‌گیرند.

یافته‌های پژوهش حاضر درخصوص سلامت روان پدران و مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی نشان داد که هر دوی این والدین از سلامت روانی پایینی برخوردارند. وقتی آن‌ها با والدین عادی مقایسه می‌شوند، در همهٔ مؤلفه‌های سلامت روان والدین کم‌توان ذهنی از والدین عادی فاصله محسوسی دارند (کارخام، ۱۹۹۳). از این‌رو، والدین از درک واقعیت حاکم بر شرایط فرزندشان عاجز مانده و واکنش‌های افراط و تفریطی همچون پنهان نمودن فرزند کم‌توان ذهنی (چون فرزندشان آن‌طور که می‌خواستند کودکی سالم و بی‌نقص نیست) و بُهت، ناباوری، حیرت، یأس و ناامیدی از خود نشان می‌دهند؛ زیرا آن‌ها نمی‌توانند چیزی را تغییر دهند. همچنین، واکنش‌های دیگری همچون فرضیهٔ حمایت‌گری افراطی (مارفو، ۱۹۸۴؛ باراك، ۱۹۹۸) و وابسته نمودن کودك به خود و تبدیل خود به یك خدمت‌کار که همهٔ وظیفه‌اش رفع نیازهای کودك است،از جمله موارد دیگر است.

بنابراین، احساس گناه و شرمساری نخستین واکنش والدین کودکان کم‌توان ذهنی است و اغلب می‌ترسند که دیگران پشت سرشان حرف بزنند، آنان را متهم و مورد تمسخر قرار دهند و آنان را به‌لحاظ

ژنتیکی یا کوتاهی در مراقبت یا بی‌توجهی در تولد فرزندشان مقصر بدانند که این موارد همگی بیش از پیش سلامت روان آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد.

در مطالعهٔ حاضر، گرچه میانگین نمرهٔ سلامت روان پدران کمتر از مادران بود (مادران=۳۰/۸ و پدران=۲۷/۴)، ولی تفاوت معنادار نبود. اما مطالعهٔ سازمان بهزیستی کشور(۱۳۷۰) نشان داد که گرچه تولد کودک کم‌توان ذهنی به کاهش درآمد پدران آن‌ها منتهی می‌شود، ولی سلامت روان پدر در مقایسه با مادر کمتر به مخاطره می‌افتد.

در این خصوص، یافته‌های کازاکرا و لارکان (۲۰۰۸) نشان می‌دهند که پدران با تولد این فرزندان احساس افتخار کمتری دارند؛ زیرا آرزوهای خود را بر باد رفته می‌بینند و به‌طبع آن، نقش مشارکتی کمتری در رشد فرزندان کم‌توان خود دارند و مادران دچار اختلالات روانی واحساسات منفی همچون احساس گناه و افسردگی شده و تمایل به طرد کودک دارند (چاوشی، ۱۳۶۷) و با شدت یافتن کم‌توانی ذهنی سلامت مادر لطمه‌ی بیشتری می‌بیند، اما پدران هم وضعیت بهتری ندارند (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۰).

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد که داشتن فرزند کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر، به یک میزان شکایت‌های جسمی در پدران و مادران را به دنبال دارد. در این مورد یافته‌ها نشان می‌دهند که تأثیر تولد این کودکان بر مادران جوان‌تر بیشتر از مادران مسن بوده و آن‌ها بیشتر دچار بیماری می‌شوند و در کل وقتی روابط عاطفی مثبتی در خانواده وجود دارد نسبت بیماری مادران کمتر می‌شود و هر قدر سن کودک کم‌توان ذهنی بیشتر می‌شود، نسبت بیماری والدین نیز افزایش می‌یابد، هرقدر هم سواد والدین کودک کمتر باشد، نسبت بیماری در آن‌ها بیشتر است (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۰).

در خصوص افسردگی، مطالعهٔ حاضر نشان داد که مادران در مقایسه با پدران دارای فرزند کم‌توان ذهنی افسردگی شدیدتری را تجربه می‌کنند. در این خصوص، یافته‌ها (هالدی و هانزلیک، ۱۹۹۰) نشان می‌دهند که مادران احساس درماندگی، ناتوانی و افسردگی بیشتری داشته و این افسردگی با شدت کم‌توانی ذهنی کودک و افزایش سن او بیشتر هم می‌شود.

شاید به دلیل درگیری‌های شغلی پدران در محیط خارج از خانه که احتمالاً این باور را در آن‌ها تقویت می‌کند که به حمایت و حضور آن‌ها نیاز کمتری است، سبب می‌شود تا نقش مشارکتی کمتری در تربیت فرزندان ایفا نمایند (کازاکرا و لارکان، ۲۰۰۸) و شاید هم به این دلیل باشد که پدران نگرش مثبت‌تری به این فرزندان دارند (حناآبادی، ۱۳۷۴) و اصولاً نگرش مثبت داشتن به محیط و اطرافیان

مانعی در برابر افسردگی است. البته این واقعیت را هم باید در نظر داشت که میزان شیوع افسردگی حتی در شرایط عادی هم در زن‌ها دو برابر بیشتر از مردان است (کیمیائی، ۱۳۸۶).

یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص اضطراب نشان می‌دهد که گرچه سطح اضطراب پدران و مادران هر دو بالا است، اما مادران کودکان کم‌توان ذهنی سطح اضطراب بالاتری دارند. سایر پژوهش‌ها (محرابی، ۱۳۸۶؛ کارخام، ۱۹۹۳ و جانوف- بالمن، ۱۹۹۲) نیز بیان‌گر سطح بالای اضطراب، استرس، افسردگی و تعامل والد- فرزندی ضعیف است.

از آنجا که مادران تعامل بیشتری با فرزندان کم‌توان ذهنی خود دارند و شاهد محدودیت‌های روزافزون آن‌ها بوده و شاید هم به دلیل حمایت‌گری افراطی آن‌ها (مارفو، ۱۹۸۴؛ باراک و همکاران، ۱۹۹۸)، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند؛ در حالی‌که پدران به دلیل مشغلهٔ کاری و حضور کمتر در فضای خانه سطح اضطراب کمتری در مقایسه با مادران دارند.

سرانجام این‌که پدران و مادران کودکان کم‌توان ذهنی در عملکرد اجتماعی دچار اختلال هستند و تفاوتی بین شدت آن دو وجود ندارد.

با توجه به این که این والدین مشکلات مالی بیشتر و میزان آرامش خاطر و آسودگی معمول خانوادگی کمتری دارند، به‌طبع آن تعامل اجتماعی ضعیف‌تری داشته (سینقی و همکاران، ۱۹۹۰) و حتی خواهر و برادران آن‌ها نیز مشکلات زیادی در تعامل و ارتباط با سایر اعضاء به‌خصوص پدران، همسالان و معلمانشان دارند (کریستنسن، ۲۰۰۲).

منابع

احدی، حسن؛ بنی‌جمال، شکوه السادات (۱۳۷۰). *بهداشت روانی و عقب‌ماندگی ذهنی*. چاپ دوم، تهران: انتشارات نشر نی.

اُلیری، دانیل؛ هیمن، ریچارد و جانگسما، آرتور (۱۳۸۴). *راهنمای گام به گام درمان مشکلات زناشویی*. ترجمهٔ سید علی کیمیایی و زهرا باقریان‌نژاد، تهران: انتشارات رشد.

البرزی، شهلا؛ بشاش، لعیا (۱۳۷۵). تأثیر کودک عقب‌مانده ذهنی بر خانواده. *مجله پژوهش‌های روانشناختی*، دورهٔ چهارم، شماره یک و دو.

چاوشی، رضا (۱۳۶۷). *بررسی مسایل روانی- اجتماعی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

حناآبادی، حسین (۱۳۷۴). *بررسی تعادل روانی- اجتماعی والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر شهرستان زاهدان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد کودکان استثنایی، دانشگاه تهران.

دستجردی، علیرضا (۱۳۷۷). هنجاریابی *آزمون سلامت عمومی دانشجویان مراکز تربیت معلم*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

رابینسون، نانسی ام، رابینسون، هالبرت بی (۱۳۶۶). *کودک عقب مانده ذهنی*. چاپ دوم، ترجمهٔ فرهاد ماهر، مشهد: انتشارات آستان قدس.

سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۰). *تأثیر معلولیت ذهنی بر خانواده*، چاپ نشده.

سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۰). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، تهران: نشر آگه.

شریعتی، تقی؛ داورمنش، عباس (۱۳۷۰). *بررسی اثر معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده*، تهران: انتشارات بهزیستی کشور.

کیمیائی، سیدعلی و همکاران (۱۳۸۶). بررسی و مقایسه کارآمدی شناخت درمانی بک با شناخت درمانی تیزدل و تلفیق آن با یوگا در درمان افسردگی اساسی. *مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، دانشگاه فردوسی مشهد.

گنجی، حمزه (۱۳۸۰). *بهداشت روانی*، تهران: نشر ارسباران.

محرابی، حسین (۱۳۸۶). *مقایسه سلامت روان والدین عادی و استثنائی شهرستان گناباد*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه بیرجند.

منشئی، غلامرضا (۱۳۷۲). *روان‌شناسی تندرستی*، اصفهان: انتشارات غزل.

ملک‌پور، مختار (۱۳۷۵). *بهداشت خانواده کودکان عقب‌مانده ذهنی*، شیراز: انتشارات جهاد دانشگاهی.

میرخشتی، غلامعلی (۱۳۷۹). *بررسی رابطه میان رضایت زناشویی و سلامت روان*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

Anderson, E. (1988). Sibiling of mentally handicapped children & Their social relations: Research supplement. *British journal of special education*, 15(1), 24.

Blodgett, H. (1971). *Mentally retarded children.* Minneapolis: university of Minnesota press.

Burack, J.A., Hodapp, R.M, Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development.* Cambridge university press.

Christensen, P. (2004). The health-promoting family: a conceptual framework for future research. *social science and medicine*, 59, 377-387.

Cooper, B. (1981). *Assessing the handicaps and needs of mentally retarded children.* New York: Academic press.

Cuzzocrea, F. (2002). Family stress, parenting skills and socio-cognitive competences of retarded children siblings, In *Pre-atti, Fourth European conference "psychological theory and research on mental retardation and cognitive developmental disabilities (MRCD)"*, 23-25 Maggio, Catania, 28-29.

Cuzzocrea, F. & Larcan, R. (2008). Parent training for families with mentally retarded children. *Journal of mental retardation and cognitive developmental disabilities*, 28, 715-730.

Faust, H. & Scior, K. (2008). Mental health problems in young people with intellectual disabilities; the impact on parents. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 21, 414-424.

Fernandes, C. (1997). *The mental cognition of the mental retarded children.* San jose state university.

Fielder, J. (1994). *We're people first: The social and emotional lives of indivisual with mental retardation.* Quorum book: London.

Gath, A. & Guinely, D. (1987). Retarded children and their siblings. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 28, 715-730.

Goldenberg, J. & Goldenberg, H. (1991). *Family therapy: An over riew. Brooks/Cole publishing company.* California: Pacific Grove.

Haldy, M.B. & Hanzlik, J.R. (1990). *A comparision of perceived competence in child-rearing between mothers and children with down syndrome and normal.* Education & training in mental retardation.

Huijun L., Richard, J. & Morris, B. (2007). Mental retardation/ intellectual disability in clinical psychology. *Research in developmental disabilities*, 28, 445-457.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions.* New York: Free press.

Kirkham, A.A. (1993). Two-year follow-up of skills training with mother of children with disabilities. *American journal of mental retardation*, 97 (5), 509-520.

Lindsey, J. & Stwart, D. A. (1989). The guardian minontly: Sibiling of children with mental retardation. *education & training in mental retardation.* 24(4), 291-296.

Mahoney, G., Fors, S. & Wood, S. (1990). Maternal directive behaviour revisited. *American journal of mental retardation*, 94, 398-406.

Marfo, K. (1984). Interactions between mothers and their mentally retarded children: Integration of research findings. *Journal of applied developmental psychology*, 5, 45-69.

Row, D.C. & Elam, P. (1987). Siblings & mental illness: Heredity vs. environment. *Journal of children in contemporary society*, 19(3-4), 115-130.

Singhi, P.D., Ga/al, L., Pershad, D., Singhi, S. & Walia, B.N. (1990). Psychosocial problems in families of disabled children. The *British journal of medical psychology*, 63, 173-182.

Smith, D. (1998). *Introduction to special education: teaching in an age of challenge*. Boston: Allyn & Bacon.

Stoneman, Z., Brody, G.H., Davis, C.H. & Crapps, J.M. (1988). Childcare responsibilities, peer relationships, and sibling conflict: Older siblings of mentally retarded children. *American journal of mental retardation*, 93(2), 174-183.